

Therapiestandards Brustkrebs

Entscheidungshilfe für die Rehabilitation

JOACHIM WEIS

Welche Brustkrebspatientin sollte welche Reha-Nachsorge erhalten? Die Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung geben Empfehlungen, wie ein Rehabilitations-Team die Behandlung an den individuellen Bedarf der Patientin anpassen kann, welche Leistungen im Einzelfall sinnvoll und nützlich sind.

In der Diskussion um die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens spielen medizinische Leitlinien eine wichtige Rolle. Sie sind definiert als systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Leitlinien können damit Handlungsempfehlungen geben und so die Entscheidung für eine geeignete Behandlung erleichtern. Im Rahmen eines Reha-Leitlinienprogramms fördert die gesetzliche Rentenversicherung seit 1998 Forschungsprojekte zur Erstellung von Reha-Therapiestandards [1]. Diese Therapiestandards sind Teil eines Programms zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung [2].

Die hier dargestellten Leitlinien für die Rehabilitation von Mammakarzinom-Patientinnen wurden im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV) in einem Forschungsprojekt mit den Zielen erarbeitet, die rehabilitative Behandlung bei Brustkrebs auf eine wissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlage zu stellen und die Qualität der rehabilitativen Versorgung zu verbessern. Nach einer Erprobungsphase sowie einer Überarbeitung durch einen Expertenkonsens veröffentlichte die DRV im Oktober 2009 die Leitlinien unter dem Titel „Reha-Therapiestandards Brustkrebs“ [4].

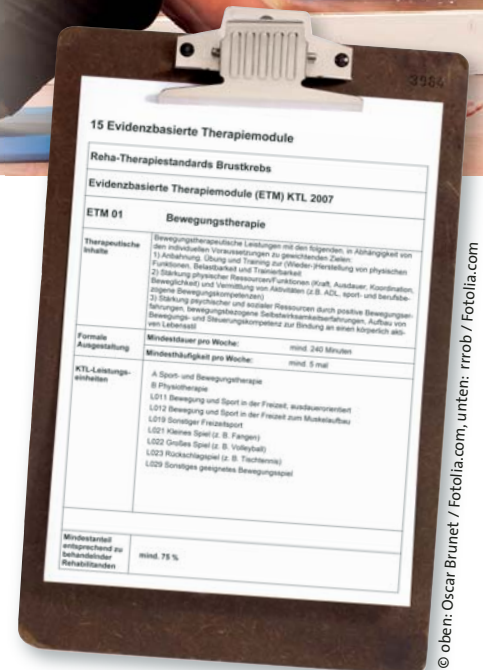
Entwicklung der Reha-Therapiestandards

Die Entwicklung der Therapiestandards folgte einem einheitlichen, von der DRV entwickelten vierstufigen Prozess.

- Literaturrecherche,
- Analyse der dokumentierten Therapien mit Hilfe der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL),
- multiprofessionelle Entwicklung von Reha-Therapiestandards unter maßgeblicher Mitwirkung von Expertinnen und Experten,
- Implementierung und Integration in die Reha-Qualitätssicherung.

In einer umfassenden Literaturrecherche identifizierte die von der DRV beauftragte Forschungsgruppe verschiedene Therapiebereiche (z. B. Sport- und Bewegungstherapie, psychosoziale Interventionen) für die Rehabilitation von Patientinnen mit Brustkrebs und überprüfte deren therapeutische Wirksamkeit auf der Basis der Grundlagen der evidenzbasierten Medizin [7]. Als Ergebnis der wissenschaftlichen Literaturrecherche wurden evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) formuliert. Sofern keine Evidenzbasierung vorlag (z. B. Sozialberatung), wurden die Interventionen als praxisbasierte Module aufgenommen und im Expertenkonsens abgestimmt.

In einem zweiten Schritt verglich man in der KTL-Analyse die nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen ver-



© oben: Oscar Brunet / Fotolia.com, unten: rrrrob / Fotolia.com

schlüsselten Leistungseinheiten aus den KTL-Routinedaten der Entlassungsberichte mit den Ergebnissen der Literaturrecherche, um die Versorgungsrealität mit dem wissenschaftlich begründeten Soll in Beziehung zu setzen [6].

Die Analysen der KTL-Daten zeigten, dass die medizinische Rehabilitation einem multiprofessionellen und multimodalen Konzept folgt. Während sich in einigen Therapiemodulen die Rehabilitation als bereits evidenzbasiert erwies, gab es Therapiemodule, bei denen die Ergebnisse auf eine therapeutische Unterversorgung hindeuteten, da nur ein geringer Anteil aller Rehabilitandinnen entsprechende Leistungen erhielt. Außerdem zeigten sich gravierende, inhaltlich nicht plausible Unterschiede zwischen den einzelnen Reha-Einrichtungen, die

sich nur zum Teil durch eine ungenaue Dokumentation erklären ließen und einer weiteren Analyse und Klärung bedurften.

In einem dritten Schritt stimmten Experten über die Therapiemodule und deren Inhalte ab. Als beratende Experten einbezogen wurden Vertreter aller am Reha-Prozess beteiligten Berufsgruppen, medizinischer Fachgesellschaften sowie der Rentenversicherungsträger. Die Abstimmung über die Inhalte der Reha-Therapiestandards erfolgte in einer schriftlichen Befragung und einem darauf folgenden Workshop. Die endgültige Ausformulierung der Reha-Therapiestandards lag jedoch dann in der Verantwortung der Deutschen Rentenversicherung als Leistungsträger.

In der Implementierungs- und Pilotphase stellte die DRV die abgestimmten Reha-Therapiestandards den Reha-Einrichtungen schriftlich zur Verfügung. Gleichzeitig erhielten die Reha-Einrichtungen Auswertungen darüber, inwieweit die Therapie vor Einführung der Reha-Therapiestandards mit den Anforderungen der Reha-Therapiestandards übereinstimmte. In einer einjährigen Pilotphase sammelten die Einrichtungen Erfahrungen mit den Reha-Therapiestandards. Parallel bewerteten sie die Reha-Therapiestandards, u. a. mit Hilfe von Fragebögen [8]. Nachdem die Reha-Therapiestandards den in der Pilotphase erlangten Erkenntnissen entsprechend modifiziert worden waren, konnten sie dann in die Routine-Dokumentation integriert werden.

Überblick über die evidenzbasierten Therapiemodule

Die evidenzbasierten Therapiemodule in ihrer Gesamtheit bilden den Rahmen für eine evidenzbasierte Rehabilitation von Tumorpatientinnen. Das Konzept der medizinischen Rehabilitation von Mammakarzinom-Patientinnen umfasst funktionelle, erzieherische, psychotherapeutische und psychosoziale Aspekte, die systematisch kombiniert werden und aufeinander aufbauen (Tab.). Die Reha-Therapiestandards Brustkrebs bestehen aus evidenzbasierten Therapiemodulen (Tab.), wobei die Reihenfolge nicht als Rangfolge bezogen auf die Bedeutung oder Wirksamkeit zu verstehen ist.

Überblick über evidenzbasierte Therapiemodule und den Anteil, den sie mindestens in der Reha von Patientinnen einnehmen sollten

Tab.

ETM	Bezeichnung	Mindestanteil
01	Bewegungstherapie	mind. 75 %
02	Lymphödemtherapie	mind. 10 %
03	Patientenschulung Brustkrebs	mind. 80 %
04	Gesundheitsbildung	mind. 90 %
05	Ernährungsschulung – theoretisch	mind. 75 %
06	Ernährungsschulung – praktisch	mind. 10 %
07	Psychologische Beratung und Therapie	mind. 40 %
08	Entspannungstraining	mind. 40 %
09	Künstlerische Therapien	mind. 15 %
10	Ergotherapie	mind. 30 %
11	Sozial- und sozialrechtliche Beratung	mind. 50 %
12	Unterstützung der beruflichen Integration	mind. 20 %
13	Nachsorge und soziale Integration	mind. 50 %

Die evidenzbasierten Therapiemodule werden bei allen Rehabilitations-Therapiestandards in einer einheitlichen Struktur in den vier folgenden Bereichen beschrieben (Bsp. siehe Bild S. 71):

- therapeutischer Inhalt,
- formale Ausgestaltung,
- zugehörige KTL-Leistungseinheiten,
- Mindestanteil pro Patientin.

Der therapeutische Inhalt beschreibt die Zielsetzungen und therapeutischen Verfahren des ETM. Die formale Ausgestaltung legt die Mindestdauer sowie ggf. die Mindesthäufigkeit von Leistungen aus dem ETM fest. Im Abschnitt „KTL-Leistungseinheiten“ der Therapiestandards sind alle für das ETM infrage kommenden bzw. möglichen Interventionen in Form von KTL-Codes [3] aufgelistet. Im Abschnitt „Mindestanteil“ der Therapiestandards wird angegeben, welcher Prozentsatz an Rehabilitanden mindestens Leistungen aus dem ETM in der angegebenen Menge erhalten sollte. Die Mindestanteile unterscheiden sich von Modul zu Modul. Sie beruhen auf Werten, die von den in die Entwicklung der Reha-Therapiestandards einbezogenen Expertinnen und Experten geschätzt worden sind. Die für das betreffende Krankheitsbild typischen Rehabilitanden-Strukturen werden auf diese Weise beachtet, gleichzeitig bleibt aber ausreichend Raum für die Berücksichtigung von individuellen Problemen und Einzelfällen.

Aus einer Vielzahl an Leistungen können für die Rehabilitanden die am besten geeigneten und die dem Therapiekonzept der Einrichtung entsprechenden Interventionen ausgewählt werden. Um zukünftig eine evidenzbasierte Versorgung mit therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation sicherzustellen, enthalten alle evidenzbasierten Therapiemodule Mindestanforderungen an die formale Ausgestaltung (Dauer und Häufigkeit) und den Prozentanteil zu behandelnder Rehabilitanden. Mindestanteil, Mindestdauer und ggf. Mindesthäufigkeit definieren die untere Grenze des Leistungskorridors für eine adäquate Rehabilitation. Ein Überschreiten der Mindestanforderungen ist dabei durchaus erwünscht und oft notwendig.

Anwendung der Therapiestandards in der Praxis

Die Reha-Therapiestandards für die Rehabilitation von Mammakarzinom-Patientinnen sollen dem therapeutischen Team Entscheidungshilfen für die Ausgestaltung von Therapien geben. Die Auswahl der jeweiligen Leistung(en) aus dem ETM orientiert sich dann am individuellen Bedarf der Rehabilitanden und dem gemeinsam vereinbarten Reha-Ziel. Im Vergleich zu medizinischen Leitlinien enthalten die Therapiestandards keine Vorgaben hinsichtlich der individuellen Indikation und Diagnostik. Sie sind also

an die besonderen Probleme der Patientinnen, an deren individuellen Bedarf und an deren jeweiligen Grad ihrer Einschränkungen auszurichten. Der Arzt bzw. die Ärztin entscheidet gemeinsam mit dem Reha-Team und den Betroffenen, welche einzelnen therapeutischen Leistungen im Einzelfall sinnvoll und nützlich sind. So können und müssen (z. B. bei Komorbidität) auch Therapieleistungen erbracht werden, die über die Reha-Therapiestandards hinausgehen. Grundsätzlich bleibt es im Ermessen der Reha-Einrichtungen, nicht in den Therapiemodulen aufgeführte, ggf. auch nicht-evidenzbasierte Therapien anzubieten.

Komorbidität oder Folgekrankheiten, die nicht Gegenstand der Reha-Therapiestandards sind, müssen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ebenfalls behandelt werden. Wie auch bei der Dokumentation der Diagnosen im Entlassungsbericht muss das Rehabilitations-Team abwägen, welche Diagnosen, Einschränkungen der Aktivität oder Partizipationsstörungen die Leistungsfähigkeit so stark beeinflussen, dass es im Rahmen der medizinischen Rehabilitation darauf eingehen muss.

Für rehabilitationsfähige Patientinnen gibt es kaum absolute Kontraindikationen für die ETM. In einzelnen Fällen können jedoch besondere psychische, mentale oder somatische Beeinträchtigungen eine Therapieteilnahme einschränken. Individuelle Kontraindikationen, insbesondere für einzelne therapeutische Leistungen aus den ETM, sind dabei immer zu berücksichtigen.

Qualität langfristig sichern

Im Rahmen der Routineanwendung in den „Berichten zur Reha-Qualitätssicherung“ wird den Reha-Einrichtungen regelmäßig mitgeteilt, inwieweit ihre Versorgung von Rehabilitandinnen mit Brustkrebs den Vorgaben der Reha-Therapiestandards entspricht und wie sich die Einrichtung im Vergleich mit anderen darstellt. Dabei finden die einrichtungsbezogenen Auswertungen vor dem Hintergrund der jeweiligen Behandlungskonzepte Berücksichtigung in der Interpretation der Ergebnisse. Die Ergebnismeldung an die Einrichtungen ist dadurch seitens der DRV ein Instrument der Qualitätsentwicklung. Durch die modulare

Ausgestaltung der Reha-Therapiestandards werden Bereiche mit Verbesserungsbedarf identifiziert, die dann Grundlage für die Diskussion zwischen Rentenversicherungsträger und Leistungserbringer sind. Unzureichende Ergebnisse sollen einen Prozess der Analysen und Qualitätsentwicklung anstoßen.

Ausblick

Die Reha-Therapiestandards unterscheiden sich von Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Anders als die sonstigen medizinischen Behandlungsleitlinien enthalten sie keine Therapialgorithmen für individuelle Behandlungsentscheidungen, sondern zielen darauf ab, die therapeutische Versorgung in der Rehabilitation transparent zu machen, Defizite aufzudecken und eine den Anforderungen entsprechende, evidenzbasierte Versorgung mit therapeutischen Leistungen zu fördern. Um diese Unterschiede deutlich zu machen, wird heute der Begriff der Therapiestandards verwendet. Wie die Ausführungen deutlich gemacht haben, steht nicht die einzelne Patientin mit ihrer individuellen Problemkonstellation im Fokus, sondern die Gesamtheit aller Rehabilitandinnen in einer Reha-Einrichtung. Die Therapiestandards können somit als Qualitätsindikatoren für den Behandlungsprozess dieser Patientengruppe während des Aufenthaltes in einer Reha-Einrichtung verstanden werden. Die empirische Überprüfung der Erfüllung der Reha-Therapiestandards ist gleichzeitig Grundlage für eine Bewertung der Prozessqualität der jeweiligen Reha-Einrichtung.

Die praktische Umsetzung der therapeutischen Inhalte der Therapiestandards ist eine Herausforderung für die Reha-Einrichtungen, insbesondere vor dem Hintergrund begrenzter personeller und räumlicher Ressourcen. Die Vorgaben sind an den individuellen Rehabilitationsbedarf und an den Schweregrad der in der Rehabilitation behandelten Patientinnen angepasst. Die zukünftige Umsetzung und Evaluation der Therapiestandards wird zeigen, inwieweit sie sich als Qualitätssicherungsinstrument eignen und ob sie die Rehabilitation der Brustkrebspatientinnen verbessern helfen. Es ist vorgesehen, die Therapiestandards nach drei Jahren zu überarbeiten und

dem aktuellen Forschungsstand anzupassen. Die Deutsche Rentenversicherung wird – wie in der Erstellung der Leitlinien – dabei wieder auf die Unterstützung und Kooperation der Experten aus dem Bereich der onkologischen Rehabilitation angewiesen sein.

Literatur

1. Brüggemann S. Das Reha-Leitlinienprogramm der BfA. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2005; 99: 47–50.
2. Brüggemann S, Haaf H-G, Sewöster D. Evidenzbasierte Rehabilitation: Zwischen Standardisierung und Individualisierung. Physiotherapie med 2008; 4: 9–16.
3. Deutsche Rentenversicherung DRV. Klassifikation therapeutischer Leistungen – Ausgabe 2007. Berlin, 2007 (http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_10492/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/04_klassifikationen/dateianh_C3_A4nge/ktl_2007_pdf.html).
4. Deutsche Rentenversicherung DRV. Reha-Therapiestandards Brustkrebs: Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Berlin, 2009.
5. Domann U, Brüggemann S, Klosterhuis H, Weis J. Leitlinienanalyse für die Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen – Phase 2: Ergebnisse der KTL-Daten-Analyse. Die Rehabilitation 2007; 46: 212–9.
6. Domann U, Weis J. Evidenzbasierte Leitlinie für die Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen: Bewertung der Therapiemaßnahmen in der Rehabilitation aus Sicht der betroffenen Patientinnen. Senologie 2007; 4: 253–9.
7. Weis J, Domann U. Interventionen in der Rehabilitation von Mammakarzinompatientinnen – Eine methodenkritische Übersicht zum Forschungsstand. Die Rehabilitation 2006; 45: 129–145.
8. Winnefeld M, Brüggemann S. Leitlinie für die Rehabilitation von Patientinnen mit Brustkrebs aus der Perspektive der Einrichtungen – Ergebnisse einer Anwenderbefragung zur Akzeptanz und Praktikabilität der Pilotversion. Die Rehabilitation 2008; 47: 334–42.

Autor:

Prof. Dr. phil. Joachim Weis
Klinik für Tumorbologie an der
Universität Freiburg
Abteilung Psychoonkologie
Breisacher Str. 117
79106 Freiburg
E-Mail: weis@tumorbio.uni-freiburg.de

Für die Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS)
ASORS im Internet: www.asors.de